SENADO



SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIVa. LEGISLATURA
CUARTO PERIODO

CARPETA Nº 410 DE 1996

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 2072 DE 1998

SIN CORREGIR POR LOS ORADORES

JUNIO DE 1998

TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA

Regulación

Versión taquigráfica de la reunión del día 24 de junio de 1998

A S I S T E N C I A

Asisten	: Senadores Hugo Fernández Faingold, Presidente; Alberto Cid, Vicepresidente
Invitado especial	: doctor Gerardo Bossano
Secretario	: Julio Durán
Ayudante	: Félix González

mar

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 9 minutos)

La Comisión de Salud Pública del Senado da la bienvenida al doctor Gerardo Bossano, a quien hemos invitado especialmente por encontrarnos ya en las etapas finales del tratamiento del proyecto de ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, iniciativa que nuestro visitante conoce y sobre la cual hemos tenido oportunidad de escuchar su opinión.

A esta altura del estudio del proyecto, nos gustaría contar con el punto de vista del doctor Bossano y escuchar sus comentarios sobre alguno de los aspectos que han sido más polémicos. Estamos en lo que hemos denominado una "peinada final" del texto, ya que pensamos introducirlo en las sesiones del Plenario del mes de julio.

SEÑOR CID.- Simplemente quería precisar el alcance de la situación, de la que me siento particularmente responsable en función de que en la sesión próxima pasada recibimos a las autoridades del Fondo Nacional de Recursos y recabamos opinión sobre la posibilidad de que estas técnicas de reproducción asistida estuvieran contempladas dentro de dicho Fondo a través de los institutos de medicina altamente especializada. Sus autoridades prácticamente descartaron de plano la posibilidad de amparar estas técnicas en función de la situación que atraviesa ese Fondo, pero también reconocieron en esa misma sesión que no tenían un estudio concreto de la presión que sobre el mismo ejercería el amparo de estas técnicas, dado que no podían cuantificar el número de procedimientos que tendrían necesidad de cubrir. Esto va más allá de otros aspectos formales, como el hecho de que la institucionalización de dicho Fondo era un tema establecido por ley y ellos entendían que no era conveniente que una ley modificara la preexistente.

Tengo interés en conocer la posición del doctor Bossano a los efectos de poder avanzar en cuanto al costo que tendrían estas técnicas, proyectado a una universalización de procedimientos amparados a través del Fondo o de alguna otra estructura que se pudiera crear. Es decir que se trata de la forma de democratizar este procedimiento a través de una cuantificación, en primer lugar, para luego buscarle las soluciones a los efectos de que, dentro de lo posible, el mismo

ar.

Fondo pudiera ampararlo.

Quería hacer estas precisiones a fin de centrar un poco la discusión en el tema que nos había quedado inconcluso en el análisis de la sesión pasada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera agregar alguna precisión, sin pretender con ello limitar, sino por el contrario, abrir el espectro de las consultas al doctor Bossano.

Efectivamente, la respuesta del Fondo Nacional de Recursos tuvo dos aspectos. El segundo de ellos, más que no desear la modificación por ley de la original, lo que cuestionó fue el método de incorporar técnicas por ley, en la medida en que este es un proceso regulado de tal manera de que en este momento es el propio Fondo, con su participación plural, el que va definiendo cuáles técnicas ingresan y cuáles no. Por ello, no les parecía procedente ni adecuado utilizar la ley como mecanismo para introducir técnicas nuevas.

Concretamente, yendo a la pregunta que planteaba el señor Senador Cid, quisiera decir que a todos nos preocupa la posibilidad de extender al máximo posible el acceso de la ciudadanía a estas técnicas, más allá del nivel socioeconómico de las personas en las que las mismas vayan a aplicarse. Como bien decía el señor Senador Cid, el Fondo Nacional de Recursos es una posibilidad visible para financiarlas. Lo que no hemos logrado es la base de la ecuación; es decir, cuál es la población potencialmente requirente de estas técnicas y cuál podría ser el costo promedio de la aplicación de las mismas, a los efectos de tener una base para empezar a discutir una suma. Si se toma —esto figura en la versión taquigráfica de la sesión a la que hacía referencia el señor Senador Cid— el porcentaje del 10% como razonable, y el costo de la aplicación de técnicas se ubica en el orden de U$S 5:000 en términos unitarios; haciendo algunas estimaciones demográficas de edad, fertilidad, etcétera, nos daría una cifra cercana a los U$S 200:000.000, que es un monto importante y capaz de asustar no sólo al Fondo sino a cualquier mecanismo de seguro o de cobertura en régimen de prepago.

Entonces, desde mi punto de vista —creo que la Comisión lo comparte— más allá de los comentarios generales que pueda hacer nuestro invitado sobre el proyecto, nos interesaría que

nos brindara algún elemento que arroje luz sobre los términos básicos de la ecuación.

SEÑOR BOSSANO.- Agradezco la invitación de la Comisión de Salud Pública del Senado.

Voy a referirme a dos puntos. El primero de ellos tiene que ver con el Fondo Nacional de Recursos y con el intento de que la democratización de estas técnicas alcance a todo el público. Actualmente, en el Uruguay existe un centro que tiene diez años de experiencia, uno que comenzó a actuar en el mes de diciembre y otro que funciona en el departamento de Salto. Por lo tanto, el número de procedimientos por año se reparte de la siguiente manera. Hubo 20 procedimientos en el centro de la Española que se formó en el mes de diciembre, y 20 en Salto. Estos no se repitieron porque se trata de algo ocasional y no permanente, aunque en el último caso es posible una repetición en el mes de julio. Finalmente, hubo 100 procedimientos en nuestro centro. O sea que los casos que se están tratando son los que tienen una causa muy directa y una indicación precisa, pero los tratamientos no siempre son pagos totalmente porque, de lo contrario, no serían accesibles para todo el mundo, y entonces tendríamos que seleccionar sólo a las personas que podrían abonarlos. Estamos atendiendo cinco casos, que pagan totalmente, y dos que abonan solamente el costo. El costo de esta técnica, en promedio, está en los U$S 4.500. En Montevideo, el FIV cuesta U$S 3.200 y U$S 4.500 el ICSI. La internación y la medicación suman alrededor de U$S 1.200 más, por lo que este tratamiento tendría un costo total que estaría entre U$S 4.500 y U$S 5.500.

El hecho de tener una cobertura implica saber cuántos casos se darían en el año dentro de la población nacional. Dentro de la población femenina genitalmente activa, es decir de 25 a 42 años, en la que se puede hacer aplicable este tipo de técnicas, hay un 15% de estériles. Dentro de ese 15%, sólo un 5% podría llegar a tener una aplicación de técnicas de fertilización asistida de alta complejidad. Por lo tanto, no creo que sean más de 2.000 casos en el año. Ese sería el número global de las pacientes que podrían entrar en un programa de fertilización "in vitro". Este también sería el tope máximo, porque antes de realizar estas técnicas, a veces se efectúan las de baja reproductividad, que se pueden hacer a costos mucho menores y no estarían cubiertas por este tipo de seguro.

ar.

Tengo en mi poder datos sobre distintos países en los que se realiza este tipo de cobertura. En concreto, en Australia, Alemania, Francia, España e Inglaterra se realiza una cobertura por parte del Estado que, en ciertos casos, se da a través de un apoyo que alcanza como máximo un 85%, mientras que en otros casos se da un 50%. Asimismo, en algunos países existen seguros privados que cubren parte de la fertilización y el resto lo paga el Estado. En Estados Unidos, por ejemplo, no está reglamentado que la fertilización in vitro sea cubierta por ningún seguro, pero sí lo está la medicación, porque entienden que la esterilidad de causa tubaria o de causa masculina, que tienen una amplia indicación en estos casos, configura una enfermedad. Además, ésta no es una falla de la reproducción, sino que es una falta del ejercicio del acto reproductivo en una pareja. Por lo tanto, hay una falla, como puede suceder en el aspecto renal, cardiovascular u osteoarticular, en una sustitución de una cadera. Tomada como una enfermedad y como una causa que tiene otro tipo de repercusiones que ya han sido tratadas desde el punto de vista psicológico, creo que esta técnica debería ser cubierta en parte, o en su totalidad, por un seguro —que podría instrumentarse a través del Fondo Nacional de Recursos o de otro mecanismo— si se demuestra que esa paciente o esa familia no pueden tener acceso a la misma, ni aun pagando determinado costo.

El costo mínimo que podría tener un procedimiento de este tipo, en cuanto a la medicación, estaría en alrededor de los U$S 1.000, cuando se trate de una compra privada en farmacias a costo médico. En Salud Pública y a costos de laboratorio, esa suma tendría que reducirse, por lo menos, en un 30%. Por su parte, el costo de laboratorio fijo —que es el mantenimiento del laboratorio en todo el procedimiento— está en los U$S 850. Ese costo es inamovible porque la importación de cánulas, de medios de cultivo, etcétera, y toda la infraestructura del laboratorio no puede ser modificable. A ello tenemos que agregar los costos de internación y honorarios médicos. Si sumamos todo ello, vemos que el costo mínimo de una fertilización in vitro podría estar en los U$S 1.800, tratando de abaratar lo relativo a la medicación y a la distribución de centros, evitando su proliferación. Montar un centro cuesta U$S 250.000 y es común en este país que cuando aparece un centro, luego se crean 16 más, por dar un ejemplo. Es decir que se podría utilizar mejor un laboratorio que, en lugar de atender 10 casos por mes, trabajara con todos los

ar.

pacientes enviados desde distintos lugares, inclusive, desde Salud Pública.

En síntesis, diría que el costo de esta técnica estaría en alrededor de U$S 1.800 y el número máximo de pacientes sería de 1.500 por año.

Por otro lado, si tomamos como referencia a otros países, cabe destacar que en la ley de Alemania está prevista la devolución de los costos clínicos, las drogas, el ultrasonido o el seguimiento, la aspiración y la transferencia. Quiere decir que todos los pasos que se dan, sin incluir los costos del laboratorio, están cubiertos. Eso sucede en Alemania; en otros países, como Inglaterra, el reembolso es del 85%. Por su parte, en Australia el "medic care" devuelve el 85% a las pacientes que no tienen ninguna posibilidad económica. Quiere decir que sólo tienen que pagar el 15% del costo, dividido en varios meses. Entonces, frente a ese tipo de situaciones, que cada vez se convierten en más frecuentes --lo mismo sucede en España-- estos costos que son inferiores a los de otro tipo de técnicas --como ser la de los trasplantes de médula, renales o cardiovasculares-- no afectarían tanto a una población que no es tan importante en número como para que no pudieran ser accesibles estas técnicas.

Hemos recogido la experiencia de diversos países que están trabajando en este tema y nos encontramos con que en Sudamérica, al menos por ahora, no existe ningún centro que haga la devolución. Lo que sí se da es que, frente a un costo unitario, se brinden varias oportunidades. Por ejemplo, frente a un costo de U$S 4.500 se hacen dos o tres intentos, dependiendo esto de quienes trabajen en esos centros y de lo que ofrecen.

En lo que respecta a nuestro centro, por lo general trabajamos con el primer costo que se efectiviza en forma total cuando lo pueden pagar y, asimismo, si sabemos quiénes son los pacientes, también les otorgamos todas las facilidades para que lo puedan pagar. El segundo intento lo hacen a costo total, que en nuestro centro implica que se pague la internación y U$S 850 de gastos de laboratorio, que son inamoviles. Hay pacientes que se han hecho hasta cuatro veces el procedimiento.

Por otro lado, teniendo en cuenta que los resultados y las

posibilidades por lo general en el cuarto intento llegan a un 60 % de éxito de tener un bebé en la casa, creo que le estamos dando lo máximo que podemos ofrecer en un medio privado, donde la posibilidad de acaparar una gran cantidad de pacientes está dada por algunos médicos, pero sobre todo por nuestro centro o por los profesionales que se vinculan a él.

Cabe señalar que dentro de la Asociación Española se creó un centro privado y, frente a ello, algunas de las preguntas que surgieron fueron si la institución les brindaba todo a sus pacientes, es decir, si siendo socio se podían realizar la fertilización "in vitro". Debemos aclarar que la Asociación Española tiene únicamente un centro en la institución, pero ni siquiera les cubre el costo del tratamiento, sino que se trata de un servicio de costo privado que se brinda allí dentro. Pensamos que esto tendría que estar más generalizado para que también tuviera acceso la gente de población hospitalaria, que incluso podría ser referida a centro privados que ya están existiendo, evitando así el crear otros. Además, esto podría ser financiado para lo cual habrá que estudiar algún mecanismo legal que lo cubra.

Hoy en día la esterilidad es una enfermedad y no una falla ocasional. Se trata de una enfermedad producida a veces por lesiones producidas a raíz de obstrucciones tubarias y otras veces por lesiones testiculares severas que no pueden ser modificables. Actualmente hemos visto con regocijo chicos que han nacido a partir de hombres que tienen ocho espermatozoides en la extracción del testículo, con la utilización de técnicas de este tipo. Pensamos que es un avance que se ha dado en el país, que puede estar contemplado y para ello habrá que buscar la fórmula adecuada.

SEÑOR CID.- En primer lugar el doctor Bossano establece un número que es mucho menor del que nosotros habíamos estimado en un cálculo a priori y, en segundo término, traza una graduación o establece una filosofía que permitiría plantear que hasta determinado nivel de complejidad en las técnicas, deberían hacerse cargo las instituciones que asisten a estas parejas. Una vez sobrepasado ese nivel de manejo, ello podría ser contemplado por algún organismo que lo financie.

Si esto es así y es correcta mi interpretación, le preguntaría al doctor Bossano si es posible establecer ese

nivel de técnicas de alta complejidad con un criterio científico técnico que permita establecer el nivel de interrupción, o sea, hasta qué nivel esto lo brinda una institución, y a partir de cual lo presta un fondo o algún servicio similar.

SEÑOR BOSSANO.- Es factible determinarlo y es muy clara la determinación de qué casos entran en una tecnica de reproducción asistida y no es aleatoria, sino que es por determinada cantidad de anos de esterilidad y sin causa aparente. Por ejemplo es el caso de determinadas causas masculinas muy certeras y específicas que cada vez son más frecuentes. En este momento la inyección intracitoplasmática del espermatozoide es el último avance que ha dado soluciones a todos los problemas espermáticos y ha permitido desarrollar esta técnica de forma tal que tiene mucha aplicabilidad a nivel masculino, en problemas que antes no tenían solución.

También se ataca la causa femenina más importante que es la obstrucción tubaria y la endometriosis. Quiere decir que podríamos limitar bien cuáles son las técnicas que tendrían que estar cubiertas y cuáles las que podrían ser contempladas por la paciente, ayudándola por lo menos con la medicación, ya que hoy en día ni siquiera se le brindan los medicamentos. A veces, por amistad con algunos colegas de algunas instituciones que dan la posibilidad de conseguir la medicación, les solicitamos que ayuden a estos pacientes dándoles la medicación, mientras que nosotros les ofrecemos la fertilización a costo de laboratorio. De esta forma, ciertas pacientes pueden acceder a este tipo de técnicas.

Por otro lado, en lo que respecta a pagar la internación que no es transferible, cabe señalar que este tipo de intervenciones es cada vez más ambulatoria y se intenta que la paciente tenga el mínimo ingreso. Por lo general, la aspiración insume unas cuatro horas y seis la transferencia, lo que no supone más de $ 6.000 o $ 7.000 en el procedimiento completo de internación, cuando hoy en día una vesícula extraída por laparoscopía supone una internación más costosa y está contemplada en muchos centros dentro de la cirugía laparoscópica. Es más; hoy en día existen instituciones mutuales que cobran un extra a los socios para efectuarles la laparoscopía --por ejemplo para sacarle la vesícula-- o hacerlo por una laparotomía con una incisión subcostal.

ar.

Entonces, frente a este tipo de cosas, habría posibilidades de manejar alguna solución.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengo algunas interrogantes para plantear al doctor Bossano.

El señor Senador Cid hacía referencia a diferencias importantes en los números. ¿Cómo se llega a ese porcentaje del 0,75 % de la población sexualmente activa, con 1.500 personas por ano?

SEÑOR BOSSANO.- Se llega de la siguiente forma. La población femenina se sitúa en 1:500.000, aunque sexualmente activas son menos. Asimismo, en edad reproductiva, entre 25 y 42 años, sólo un 15 % participa de una esterilidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué porcentaje sería el de mujeres sexualmente activas, dentro de las que se sitúan entre 25 y 42 años?

SEÑOR BOSSANO.- A esa población la calculamos en 450.000 personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el 15 % de 450.000 personas, nos da unas 67.000 personas. Nosotros habíamos calculado 80.000.

SEÑOR BOSSANO.- Asimismo, de esas 67.000 sólo tienen esterilidad entre un 10 % y un 15 %. Estamos hablando de 6.000 ó 10.000 personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Repasemos una vez más los números.

Hay 1:500.000 mujeres, de las cuales sexualmente activas son 450.000, con una edad que oscila entre 25 y 42 años. Quiere decir que este número existe.

SEÑOR BOSSANO.- Existe; figura en el censo poblacional.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, de este número de mujeres sexualmente activas, de entre 25 y 42 años, hasta 15 % puede tener problemas de esterilidad. Quiere decir que hay una población potencialmente demandante de 67.000 personas.

SEÑOR BOSSANO.- Estamos hablando de 67.000 estériles, o

ar.

referidos a la pareja en la que uno de los dos pudiera tener problemas de esterilidad. Solamente el 5 % puede llegar a una fertilización "in vitro".

SEÑOR PRESIDENTE.- No entiendo por qué solamente el 5 % podría acceder a esa técnica.

SEÑOR BOSSANO.- Las esterilidades de 67.000 personas están divididas en femeninas, masculinas y mixtas. De las esterilidades femeninas por falla en la ovulación, son tratables casi el 50 %, y por endometriosis un 20 %. Entonces, queda un 30 % que puede estar en causas mixtas, tubarias, o de esterilidad del factor inmunológico y que pudiera ser tratado por estas técnicas. Queda claro que de ese número grande sólo un 5 % accede a una técnica de fertilización de alta complejidad. Por lo tanto, se trata de una cifra muy reducida. Por ejemplo, nuestro país tiene un estado de salud mucho mejor en comparación con Brasil, donde existen problemas de gonorrea, sífilis, HIV, etcétera. Por su parte, en la Argentina hay problemas de otro orden. Por consiguiente, estamos hablando de algo más de 6.000 personas al año. Sin embargo, no todas van a acceder a la técnica el mismo año, porque existen tratamientos previos.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo. El otro 95 %, en principio se divide en hombres, mujeres y mixtos. Además, el doctor Bossano señalaba una cantidad de causas de esterilidad que tienen una resolución previa a la aplicación de técnicas de alta complejidad. ¿Cuál es el nivel de tratamiento de esas causales de esterilidad en las mutualistas?

SEÑOR BOSSANO.- Tanto en las mutualistas como en el hospital se hace inducción de ovulación y monitoreo ecográfico. Las policlínicas de esterilidad funcionan en base a empujes personales pero, de todos modos, tienen una cierta interrelación médica con el equipo de radiología a través del ecógrafo y cuentan con gente que se dedica, repito, a la inducción de la ovulación. Cabe aclarar que no llegan a ser inseminaciones o técnicas de reproducción de baja complejidad: sí se hacen laparoscopías, diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, para lo que se necesitan medicamentos excesivamente caros para el hospital, aunque se consiguen. Quiere decir que un gran porcentaje de problemas se solucionan en el hospital y en lo que tiene que ver con el mutualismo,

ar.

podemos decir que hay mucho más rechazo hacia los medicamentos costosos en el interior que en Montevideo. En el interior es difícil que se realicen esos tratamientos, pero en la capital sí se cubren, aun en lugares donde no hay policlínicas específicas de esterilidad. Insisto, se trata de un amplio margen el que se soluciona de esa manera. Debemos tener en cuenta que la solución para una endometriosis no pasa por la reproducción asistida, sino que debe hacerse un tratamiento, esperar la ovulación, que la pareja tenga relaciones sexuales normales y si no consiguen el embarazo, se pueden practicar técnicas de inseminación de bajo costo. En consecuencia, frente a la población general, son pocas las pacientes reproductivas que recurren a estas técnicas. Incluso, aclaro que en lo personal considero excesiva esa cifra. Además, hablamos de porcentajes aproximados porque no existe un censo de esterilidad. Estos datos surgen de los casos que se ven en las policlínicas y centros que se dedican a esta problemática. Por ejemplo, en nuestro consultorio entrevistamos a 250 personas por semana y tenemos un 75 % de estériles. Eso no quiere decir que todas sean estériles pero si un consultorio está dedicado a eso, cuenta con cuatro técnicos en la materia y además existe un grupo multidisciplinario de genetistas y demás, quienes concurren pueden ser incluidos en ese porcentaje. Además, por lo general vienen por sí mismas y luego son derivadas nuevamente a su médico, o en otros casos son estos quienes las envían a fin de obtener un diagnóstico más preciso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Según se dijo, de cada 100 mujeres estériles -en ese razonamiento del 15 % de las mujeres entre 25 y 42 años- solamente un 5% requiere la aplicación de técnicas de alta complejidad. Quisiera saber cuántas tienen hoy cobertura efectiva de las que componen el restante 95 %. Aclaro que no le estoy pidiendo que me dé el dato, sino simplemente una idea a primera vista. Evidentemente, ya sea en la mutualista o en el hospital, todas tienen derecho, pero sería importante determinar, repito, cuántas efectivamente reciben tratamiento en técnicas de baja y mediana complejidad. Usted señalaba que en el interior existe cierta resistencia a la utilización de determinados medicamentos en virtud de su precio y que en Montevideo podría haber problemas en los hospitales por la disponibilidad de determinados equipos o la falta circunstancial del empuje personal o coordinación que hace que algunas cosas funcionen adecuadamente. Entonces, si tenemos 100 mujeres estériles, 5 de ellas acceden a técnicas de alta

complejidad. Lo que quiero saber es cuántas de las 95 restantes reciben un tratamiento de mediana o baja complejidad que les resuelva el problema.

SEÑOR BOSSANO.- En las mutualistas de Montevideo, creo que hoy en día existe una buena resolución al respecto. En el interior, sucede lo mismo en algunos departamentos, como Salto, Paysandú, Rivera y Maldonado, mientras que los demás derivan los pacientes a los centros especializados de Montevideo, una vez que hacen lo básico. Cabe aclarar que se hace bastante; se realizan diagnósticos tubarios, de ovulación y existen equipamientos ecográficos que permiten seguimientos foliculares. Por ejemplo, las inseminaciones de personas de Artigas las hacemos en Montevideo cuando en realidad se trataría de enseñarle a los médicos de aquel departamento para que lo puedan hacer allí. En la sociedad de reproducción hemos hablado infinidad de oportunidades sobre la necesidad de que exista un centro en algún departamento que haga espermogramas. Sin embargo, no los hacen. Tengo consulta en Maldonado y si bien he hablado en el laboratorio y con los médicos para que hicieran la preparación e inseminaran, y no obstante se siguen haciendo en Montevideo. Indudablemente, el médico del interior es muy cómodo y está para resolver los problemas de medicina que le llegan a su consultorio y no para complicarse mucho con temas de inseminación.

SEÑOR PRESIDENTE.-¿Es un problema de médicos o de mutualistas?

SEÑOR BOSSANO.- Aclaro que no se trata de un problema de capacidad sino de voluntad médica. La institucion limita hasta cierto punto, pero hay cosas que se pueden hacer.

Evidentemente, las mutualistas del interior limitan el gasto en medicamentos. Debemos tener presente que los tratamientos seriados que se realizan para la inducción de ovulación requieren de medicamentos caros. Ocurre lo mismo con los tratamientos para la endometriosis. De todos modos, en Montevideo todo ello se resuelve en las mutualistas. La mayoría de las mutualistas - al menos las de gran capacidad numérica de socios - tiene todos los medicamentos. Naturalmente, existen determinados filtros en cuanto a quién los puede administrar, lo que creo es correcto. Si una persona no pasa primero por una clínica de esterilidad, cabe preguntarse por qué un médico le receta un medicamento que vale $ 3.000 cada

ar.

ampolla. También es lógico que derivemos a una clínica específica los casos relativos al cáncer de patología de cuello, en vez de que lo hagamos todos; por algo existen las especialidades. Por consiguiente, en Montevideo creo que las mutualistas cubren un 75 % de esas 95 personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué sucede con el Ministerio de Salud Pública?

SEÑOR BOSSANO.- El Ministerio de Salud Pública tiene dos centros de esterilidad: uno, tiene un lugar físico, pero nunca funcionó; y, otro, es una policlínica de esterilidad de ambas clínicas, una que se encuentra en el Hospital Pereira Rossell y la otra en el Hospital de Clínicas.

En esos dos lugares actúan como policlínicas de esterilidad, y llevan adelante su trabajo en el marco de sus posibilidades. Por ejemplo, he visto hacer inseminaciones en el Hospital --si bien es una técnica de reproducción asistida de baja complejidad-- para lo cual se llevan las cánulas de las Clínicas. Con esto quiero significar que se pone voluntad para hacerlo; nadie pretende que el Hospital compre una cánula para hacer la inseminación, pero al menos debe haber alguna.

Pienso que en ese orden de cosas, el tema está cubierto, pero no las técnicas de fertilización, porque ello implica tener un laboratorio montado y funcionando diariamente, pues de lo contrario los resultados son muy malos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo otro que quiero consultar tiene que ver con el costo por intervención. El doctor Bossano confirmó nuestra estimación inicial, pero luego nos ha dicho cómo puede reducirse.

Comprendí lo que se menciona como gastos fijos de laboratorio y de medicamentos que, si no entendí mal, son de U$S 800 en un caso y de U$S 1.000 en otro, a lo que hay que agregar los costos de internación que, como se indicó, vienen reduciéndose progresivamente al hacerse ambulatorios; sin embargo, no advierto cuáles son los costos del personal técnico y semitécnico y los administrativos, entre otros.

SEÑOR BOSSANO.- En los U$S 1.800 --que puede estimarse como un costo básico-- no están contemplados los honorarios médicos.

ar.

Sin embargo, si podemos llegar a un número importante de procedimientos, el costo médico va a bajar --ya que no es lo mismo que hacer sólo diez fertilizaciones "in vitro"-- y seguramente no superaría los U$S 450 o U$S 550, pues el que dirige el programa, hace la aspiración y la transferencia, cobraría U$S 450 por cada uno de los ciclos que realice, teniendo la responsabilidad total del procedimiento, mientras que el ecografista cobraría U$S 80 por la punción y la instrumentista percibiría U$S 45.

Reitero, pues, que al incrementarse el número, los costos podrían descender y no superarían los U$S 450 o U$S 550.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el caso de 10 a 12 fertilizaciones mensuales --que fue la cifra que se mencionó-- es natural que el costo va a ser mucho más alto.

SEÑOR BOSSANO.- La FIV cuesta U$S 3.200 y la ICSI U$S 4.400.

SEÑOR PRESIDENTE.- Mi pregunta refiere a los honorarios médicos, tanto de los técnicos como de los semitécnicos.

SEÑOR BOSSANO.- En un procedimiento, los honorarios de los técnicos y semitécnicos --es decir, todo el equipo-- se ubican en el orden de los U$S 1.500.

SEÑOR PRESIDENTE.- Esos U$S 1.500, ¿son adicionales a los U$S 1.800?

SEÑOR BOSSANO.- Exactamente, y podrían ser reducidos a la mitad --o sea, U$S 750-- si se incrementara considerablemente el número de procedimientos. Digo esto, porque haciendo aspiraciones sucesivas, el mismo técnico estaría en ese momento.

Reitero que estamos hablando de los costos totales.

Además, esos procedimientos se pueden hacer ambulatoriamente. Por ejemplo, en Brasil se hacen en la "oficina", como ellos acostumbran denominarlo, y allí realizan la aspiración y la transferencia de embriones en el mismo momento.

Por lo tanto, es factible que pueda efectuarse de esa

ar.

manera.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo entender que ese es un costo promedio para todas las técnicas, ya que se ha hablado de dos diferentes.

SEÑOR BOSSANO.- Actualmente, el ICSI es más caro porque los materiales que se utilizan hay que importarlos: me refiero a las agujas de punción y a los medios de cultivo, los cuales deben traerse de Suecia. Entonces, las vías y los trámites de importación hacen que los costos sean mayores.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el artículo 1º, se dice: "La presente ley regula las técnicas de Reproducción Asistida Humana; la Inseminación Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV), con Transferencia de Embriones (TE) (FIVTE), la Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG), Transferencia de Embriones...".

SEÑOR CID.- Debo recordar que eso fue cambiado, diciéndose "de alta y baja complejidad".

SEÑOR PRESIDENTE.- Es verdad, señor Senador.

Quisiera saber si es posible conocer, al día de hoy, el costo de las técnicas de acuerdo con las costumbres uruguayas, y no como se hace en Brasil, es decir, en la "oficina".

SEÑOR BOSSANO.- El costo de internación en la aspiración es de $ 3.000, lo que incluye los costos anestésicos, la medicación preanestésica y anestésica, el analgésico, el derecho operatorio y la internación de seis horas.

La transferencia, que es una nueva internación y supone el paso por la sala de operaciones pero sin gastos de medicación, cuesta alrededor de $ 1.800.

Quiere decir que una paciente gasta U$S 480 en el procedimiento actual de entrada para aspiración y para transferencia. Como dije, ese costo se puede reducir si el procedimiento se hace ambulatorio, y aclaro que lo hemos realizado.

Por ejemplo, en el caso de la transferencia hay pacientes que no tienen posibilidad de pagar la internación. No se trata

ar.

de que ello vaya en contra del procedimiento ni lo afecta, pero lo que pedimos es que la paciente que hace media hora de reposo en la sala de operaciones sí no hay otra operación a continuación, se vaya a su casa y haga 24 horas de reposo absoluto. De esa manera, estaríamos contemplando la inmovilidad y la contracción uterina, entre otros aspectos, a efectos de evitar la expulsión de lo transferido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiere decir que debemos sumar los U$S 1.000 de medicamentos --que, como se señaló, pueden reducirse en un 30%-- los U$S 800 de laboratorio --que son inamovibles-- los costos de personal técnico y semitécnico que se sitúan en el entorno de los U$S 1.500 --que podrían reducirse en costo unitario, en la medida que aumente la cantidad de intervenciones-- y U$S 600, aproximadamente, la internación.

SEÑOR BOSSANO.- Cabe aclarar que el ingreso para realizar la transferencia y el que se efectúe para hacer la aspiración pueden llevarse a mucho menos de U$S 150. Digo esto, porque si se hacen diez, podemos proceder como en oftalmología en las internaciones. Por ejemplo, un paciente que viene a operarse de una catarata, ingresa, se cambia en una sala, le hacen la intervención, se va y sólo paga el derecho operatorio dividido en horas.

Quiere decir que si la operación se hace en ocho horas, dividimos entre esa cantidad para calcular el costo del tiempo en que estuvo ocupada la sala de operaciones. Con esto quiero indicar que se reduce el costo de internación unitario.

SEÑOR PRESIDENTE.- De modo que esos U$S 5.000 promedio se reducirían a U$S 3.000, aproximadamente, en el caso de que aumentara significativamente el número de procedimientos.

SEÑOR CID.- En este análisis hablamos en todo momento de técnicas de complejidad. Es decir que todo este análisis tendría relación con las técnicas de alta complejidad y si usamos esa terminología será entendible para todos los profesionales que trabajan en esta temática.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por diversas consultas que hemos efectuado previamente, tenemos entendido que hay una evolución muy rápida en estos temas. Quisiera saber qué posibilidades hay de que lo que hoy son técnicas de alta complejidad —me refiero a las dos

ar.

familias de técnicas que el doctor Bossano mencionó— dentro de un tiempo no demasiado largo reduzcan su grado de complejidad y sean sustituidas por otras como, por ejemplo, las que han surgido en el último año y medio, que pasarían a ser las nuevas técnicas de alta complejidad.

SEÑOR BOSSANO.- Puedo afirmar que lo que se entiende como progreso de aquí al 2000 puede surgir en la criopreservación de óvulos, lo que evitaría la criopreservación de embriones. La Inyección Intracitoplasmática del citoplasma donante, es decir, la operación que se realiza al sacar citoplasma de células jóvenes para inyectarlo a células viejas sin cambiar el capital cromosómico, se está llevando a cabo actualmente y los primeros embarazos se darán en el próximo mes de julio. Este es un avance que se ha logrado, pero algo que no creo que cambie es la técnica de ICSI porque no hay perspectivas de que con otros métodos se mejore la situación masculina. En lo que tiene que ver con la poca cantidad de espermatozoides, ha terminado un capítulo de la andrología que hablaba del tratamiento del testículo, o sea, si se le daba hormonas, tiroidina, etcétera. Hasta ahora, prácticamente no hay forma de modificar el testículo; podríamos decir que hay que arreglarse con lo que hay y para ello alcanza con estas técnicas. Quizás se puedan abaratar costos, pero ello dependerá de que los costos hormonales que se están haciendo por técnicas de recombinación genética en la medicación y no por extracción de orina —lo que saldría muy caro— también bajen.

En este sentido, también se ha dado un avance en cuanto a que la transferencia de células se hace en ocho células, por lo que hay grupos que están transfiriendo en treinta y dos y en sesenta y cuatro, pero ello no se realiza un tercer día, sino un quinto día.

También se ha mejorado en el sentido de que hay medios de cultivo que son mucho más específicos y pueden mantener el embrión hasta cinco días, con lo que se logra que transfiramos menos embriones, o sea, sólo aquellos que llegaron a sesenta y cuatro células. Los que no alcanzan esa cifra se pierden por el camino y, en lugar de transferir tres, cuatro y cinco, se transfieren dos, por lo que no hay riesgo de multiparidad. Esta situación está en vías de solucionarse y posiblemente sea uno de los avances que se vea en el próximo congreso mundial de esterilidad que se llevará a cabo en el mes de octubre.

ar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me refería a la alta complejidad y no tanto a los elevados costos. Quisiera saber si en este caso es lo mismo.

SEÑOR BOSSANO.- El alto costo está relacionado con la alta complejidad y, a su vez, ésta tiene que ver con la infraestructura del laboratorio y con los medicamentos que cada vez son más selectivos para producir más óvulos. En la medida en que tengamos que reducir el número de producción ovulatorio, para seleccionar pocos pero que lleguen a buen destino, mejoraremos el embrión y no tendremos que tener óvulos o embriones consignados o guardados.

Asimismo, se han ampliado las indicaciones. Por ejemplo, actualmente hay chicas que van a hacerse una transferencia de médula y allí se les practica una biopsia de ovario para que, cuando termine su transferencia, puedan tener ovarios para estimular en el laboratorio y no en ellas. Los óvulos de laboratorio se pueden transferir como embriones dentro del útero.

Creo que todas las etapas se han ido afinando cada vez más, pero no se van a abaratar costos si no bajan los costos hormonales. Sin embargo, los costos operativos sí se han reducido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera consultar si las diferencias que se presentan en los resultados entre la internación y la práctica ambulatoria son apreciables.

SEÑOR BOSSANO.- No, señor Senador.

Se trata de diferencias entre grupos y formas de trabajo, a lo que se suma la tranquilidad de que la transferencia hecha en un laboratorio, en una oficina, no es lo mismo que aquella que se hace en un medio quirúrgico totalmente aséptico.

El traslado debe ser mínimo y, por ejemplo, en nuestro grupo se han mejorado los resultados donde existe una distancia de sólo un metro y medio, cuando antes había dos salas de por medio. Entonces, se han obtenido mejores resultados en ese tipo de aplicación, pero no en lo que tiene que ver con la internación ni con la estadía, ya que ésta no beneficia más que lo que lo ha hecho hasta ahora.

ar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos al doctor Bossano por haber aclarado nuestras dudas.

SEÑOR BOSSANO.- También quiero agradecer a los señores miembros de la Comisión de Salud Pública y quedo a sus órdenes en caso de que se estime necesario.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 16 y 1 minuto)

ar.